

Antwort  
Förderverein  
**DRK Krankenhaus Altenkirchen e.V.**  
Leuzbacher Weg 21  
57610 Altenkirchen



## Förderverein **DRK** Krankenhaus Altenkirchen e.V.

Leuzbacher Weg 21  
57610 Altenkirchen

Telefon: 02681 88 79 01

foerdereverein@drk-kh-altenkirchen.de  
www.foerdereverein-drk-kh-altenkirchen.de  
Geschäftsführer: Hans-Jürgen Lenski

### Wir als Vorstand des Fördervereins **DRK** Krankenhaus Altenkirchen e.V. freuen uns auf Sie!

Vorsitzender  
stellv. Vorsitzender  
stellv. Vorsitzende  
Schatzmeister  
Beisitzer  
Beisitzer  
Beisitzer  
Beisitzer  
Beisitzer  
Beisitzer  
Beisitzer  
Beisitzer

Dr. Peter Enders MdL  
Heijo Höfer MdL  
Susanne Georg-Nies  
Paul-Josef Schmitt  
Dr. Günter Arbeiter  
Uwe Asbach  
Jürgen Ecker  
Manfred Hendricks  
Dr. Frank Hostmann  
Dr. Karl-Heiner Nöllgen  
Marion Strüder

### Spendenkonten

**Sparkasse Westerwald-Sieg** · BIC: MALADE51AKI

IBAN: DE45 5735 1030 0050 0157 67

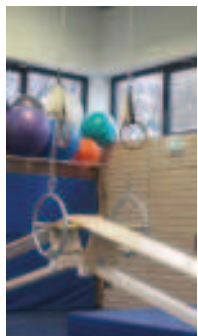
**Westerwald Bank eG** · BIC: GENODE51WW1

IBAN: DE22 5739 1800 0021 0862 07

Der Förderverein des DRK Krankenhauses Altenkirchen e.V. ist als gemeinnützig anerkannt. Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerlich absetzbar. Für Ihre Spenden erhalten Sie aufgefordert eine steuerabzugsfähige Zuwendungsbescheinigung, für die wir Ihre vollständige Anschrift benötigen.



## Förderverein **DRK** Krankenhaus Altenkirchen e.V.



Kinder- und Jugendpsychiatrie



## Humanität im Krankenhaus benötigt Engagement

Im Rahmen des Versorgungsauftrages des DRK Krankenhauses Altenkirchen-Hachenburg kommt dem Krankenhaus Altenkirchen die besondere Aufgabe zu, eine aktuelle, optimale und ortsnahe stationäre Grundversorgung für die Bevölkerung in Altenkirchen und Umgebung zu gewährleisten.

Das DRK Krankenhaus Altenkirchen hat sich in der Bevölkerung durch hohe Qualität in der Patientenversorgung einen sehr guten Ruf erworben.

Für die Attraktivität und damit die Zukunftsfähigkeit ist es wichtig, dass neben einem qualifizierten Team von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch die Menschen im Einzugsbereich Anteil am Krankenhausgeschehen nehmen, sich mit ihrem Krankenhaus identifizieren und ihr Krankenhaus ideell und materiell unterstützen.

Der Förderverein möchte helfen, die gute Betreuung von Patienten und Angehörigen weiter zu erhalten. Unser Krankenhaus soll von Patienten als Ort der Menschlichkeit erlebt werden können.

## Der Förderverein DRK Krankenhaus Altenkirchen

Der im Jahre 2008 gegründete Förderverein möchte das Krankenhaus in der Wahrnehmung seiner Ziele unterstützen:

- Darstellung des Leistungsvermögens
- Förderung der Ausstattung und Gestaltung zur besseren Patientenversorgung
- Steigerung der Attraktivität des Krankenhauses für Patienten und Besucher
- Stärkung des Gesundheitsbewußtseins und Förderung der Gesundheitsvorsorge durch gezielte Informationsveranstaltungen

### Unterstützen Sie uns durch Mitgliedschaft und Spenden

Durch Ihre Mitgliedschaft im Förderverein zeigen Sie Ihre Verbundenheit mit dem Krankenhaus Altenkirchen und unterstützen dessen Ansehen und Leistungsvermögen.

#### Ihr Vorteil

Unterbringung im Zweitbettzimmer mit TV und grundgebührenfreiem Telefon (bei Verfügbarkeit) für die Zeit der durchschnittlichen Verweildauer.

### Werden Sie Mitglied!

## Beitrittserklärung

Ich möchte den Förderverein DRK Krankenhaus Altenkirchen e.V. unterstützen!

Name, Vorname, Firma	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	
Geburtsdatum	E-Mail
<input type="checkbox"/> Einzelmitglied	(Beitrag: 24 Euro)
<input type="checkbox"/> Familie	(Beitrag: 40 Euro)
<input type="checkbox"/> Auszubildender/Schüler	(Beitrag: 12 Euro)
<input type="checkbox"/> Kooperatives Mitglied/Juristische Person	
<input type="checkbox"/> (Firmen, Institutionen etc.)	(Beitrag: 100 Euro)
<input type="checkbox"/> Ich spende einmalig	( _____ Euro)
<input type="checkbox"/> Ich spende neben dem Beitrag	( _____ Euro)

Ich ermächtige den Förderverein DRK Krankenhaus Altenkirchen e.V. die Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein DRK Krankenhaus Altenkirchen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung. Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 04ZZZ00000355499

Kontoinhaber	Kreditinstitut
BIC	IBAN DE
Datum, Unterschrift	



Der Vorstand



Gastroenterologisch-chirurgisches Zentrum



Mobilisationsstuhl



Ärzteam Orthopädie/Unfallchirurgie



Patientenzimmer



OP Urologie



Patientenorientierte Pflege